

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MURILLO	MELANY MAYLING	17	11	2008	16 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315435303	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	/
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315435303	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	12	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

ADOLESCENTE CON APP DE LUXACION DE ROTULA DERECHA HACE 5 MESES DE EVOLUCION POSTERIOR A REALIZAR MOVIMIENTO BRUSCO, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR COJERA QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR DE ARTICULACION DE RODILLA DERECHA Y REGION DE CADERA DEL MISMO LADO, DOLOR IMPIDE ESTAR EN BIPEDESTACION O REALIZAR ACTIVIDADES COMO CAMINATAS LARGAS, CORRER O HACER EJERCICIOS. EXAMEN FISICO: MID: CHASQUIDO Y CRUJIDO , MANIOBRA DE LASAGUE -. ESTUDIO DE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS RODILLA DERECHA: IRREGULARIDAD DE LA CORTICAL OSEA A NIVEL DE SU BORDE MEDIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA	M232	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	11:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
				/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	11:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	